

がん罹患者の治療と仕事の両立について： 経営学の視点からの試論

澤 田 幹

はじめに

- I 問題の所在と現状
 - II がん罹患者の一般的特徴
 - III 政府の対策と「働き方改革」での位置づけ
 - IV 経営学視点からのアプローチ
 - V 考えるべき方向性
- 終わりに

はじめに

日本企業における正規雇用従業員の雇用システムは、一般に、いわゆる終身雇用を念頭に置いて整備されてきたといっても過言ではない。新規学卒者の一括採用、企業内教育訓練・能力開発制度、そして処遇制度に至るまで、そこには一貫した流れが見られる。終身雇用の扱いを受ける側の従業員にとっても、彼らの企業内同質化をすすめ、同時に無限定ともいえる働かせ方を要求しようとする企業側にとっても、それなりの合理性が見られたと言っても差し支えないだろう。

しかし、非正規雇用の拡大とそれに伴う正規雇用の不安定化(正規雇用でも必ずしも長期雇用が保障されなくなる)、人件費削減と密接に関連した処遇制度の見直し、さらには心身の不調を訴える従業員の増加といった傾向の広まりの中で、従来の雇用システムを前提とした人的資源管理は大きな転換期を迎えている。また、少子高齢化社会の到来を踏まえた60歳定年の延長を

めぐる動きは、これに拍車をかけ、日本企業の雇用や「働き方」「働かせ方」はますます複雑化の様相を呈している。多くの企業では、「働き方改革」の流れに沿う形で職場環境、労働条件等の改善を行うとともに、人材の確保・育成の幅をこれまでより広げ、多様なルートによる人材確保を推進しようとしている。いわゆるリテンション・マネジメントへの注目である。

リテンション・マネジメントはきわめて多岐にわたる内容を有するものであるため、一般論としての検討だけで解決の方向性を見出すことは困難である。そこで本論は、このうち従業員が心身面での不調を理由に就労継続が困難となった場合の問題について、とくにがん罹患者の事例を取り上げ、経営学の視点から若干の論考を加えることによって、硬直的雇用制度ならびに無限定で「柔軟な」働かせ方を見直す契機として、これを捉えるための予備的な考察を行うことを目的としている。

I 問題の所在と現状

日本人のがん罹患率は現在男性で約62%、女性で47%にもものぼる。とくに20歳から64歳の「労働者世代」の罹患率は約30%にも達している¹⁾。また、実際のがんと診断された従業員の有無を尋ねたアンケート調査を見ると、約半数の企業が「いた」と回答している²⁾。他方で、その5年相対生存率は1993年から1996年に診断された者が53.3%であったのが2006年から2008年に診断された者では62.1%になるなど、飛躍的に上昇している³⁾。もちろん罹患部位による差は依然として大きい⁴⁾が、総じてがんは今やがんは「不治の病」から「長く付き合っていく病気」になりつつある。しかし、実際の職場はがん罹患者にとって必ずしも働きやすい環境とは言えない。内閣府調査⁵⁾によると、「がん治療のために2週間に1回程度の通院が必要な場合、働き続ける環境だと思うか」という設問に対して肯定的な意見が27.9%なのに対して「そう思わない」「どちらかというそう思わない」は合計で64.5%に達している。

ここまでのデータを総括するならば、がんの罹患・治療と仕事の両立という問題、つまり罹患した従業員をどのように扱うのかという課題は、もはや避けて通ることができない経営課題の一つとなりつつあるにもかかわらず、

その対策は十分といえないのが現状なのである。

では、実際に両立を実現している労働者の割合はどの程度であろうか。例えば、山口らの調査では、がん罹患者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている⁶⁾。さらに注目すべき点は、離職者のうち約40%が確定診断前後から初回治療開始前に離職していることである⁷⁾。つまり、両立を希望しながらも、そこに様々な要因による壁を感じ、実際にはその方向をめざす努力すら行っていない罹患者が相当数にのぼるのである。ちなみに、東京都の調査⁸⁾によると、治療と仕事を両立する上で罹患者側が感じる問題点としては、①治療費が高い、必要な治療費の見通しが立たない(34.5%)、②働き方を変えたり休職することで収入が減少する(29.7%)、③体調や治療の状況に応じた柔軟な勤務ができない(24.9%)、④体調や症状・障害に応じた仕事内容の調整ができない(24.9%)、⑤治療・経過観察・通院目的の休暇・休業が取りづらい(23.9%)といった項目が上位にあがっている。つまり、金銭面、職務執行面、休暇面等、その悩みは多岐にわたっている。

しかし他方で、彼らの就労継続意向はかなり高く、92.5%にのぼるという調査結果もある⁹⁾。彼らの苦悩・悩みを少しでも軽減し、仕事の継続が可能な職場をつくっていくことは、企業(ならびにそれと連携する医療機関、医療関係者等)の課題として、もっと注目されなければならないことは明白であろう。

桜井(2015)は、がん罹患者の離職要因として、以下の点を挙げている。

- ① 医学的要因：体力の低下、後遺症・副作用による就労制限、通院頻度・治療の長期化
- ② 社会的要因：職場の理解不足、時短制度・私傷病休暇制度など就労時間への配慮の欠如、雇用形態の壁
- ③ 心理的要因：価値観の変化、メンタル対応の低下(コミュニケーション能力)、相談者の不在¹⁰⁾

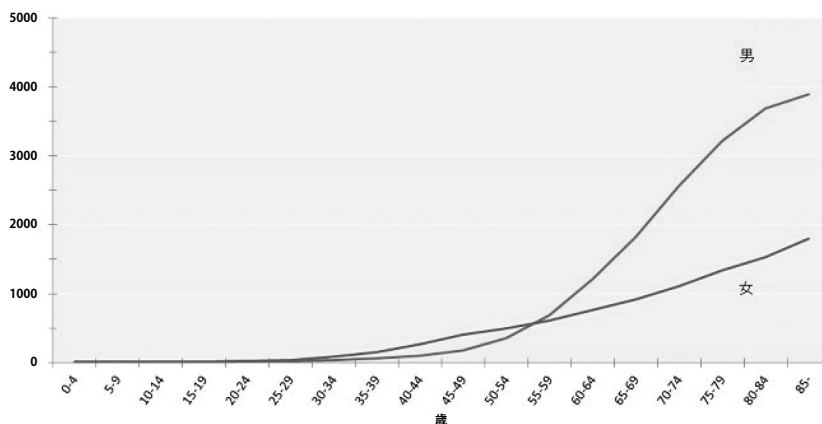
また、坂本・高橋(2017)は医学分野の先行研究を踏まえながら、離職要因を、健康状態、治療関連、機能障害、精神面に分類し、さらに年齢や性別、所得といった個人因子ならびに仕事の負担、差別、上司・産業保健スタッフからの配慮・支援の欠如といった職場因子が加わることによって、治療と仕事の両立を困難にしていると整理している¹¹⁾。さらに、Endoらはがん罹患に

よって間接的に生じる疲労を「がん関連疲労」と名付け、さらにそれを認知的倦怠感、身体的倦怠感、気分的倦怠感の3つに分類している¹²⁾。家族も含めて周囲が気づきにくく、罹患者本人も詳細な説明が困難な「がん関連疲労」が離職の引き金となることもしばしばであろう。そして、上記の要因は相互に関連し合っており、なおかつ同時並行的に表面化するところに問題解決のむずかしさがある。

II がん罹患者の一般的特徴

以上述べてきたように、がんは全般的には「治る病気」になりつつあり、その治療と仕事の両立は、少なくとも医療技術的には、必ずしも困難と言い切れない状況が整備されつつある。ただ、通院を定期的に行っている者は非常に多いことなどから、なお配慮すべき点は多岐にわたっている。そこで、企業側に求められる方向性を指摘する前に、今一度がん患者の一般的な特徴を列挙しておこう。

- ・男性は、60歳以上の罹患者率が急激に上昇している。(図表1)
- ・女性の場合は、30～40歳代を中心とした比較的若年層に罹患者が目立つ¹⁾。
- ・治療や療養が比較的長期にわたることが多い。ただし、入院期間は総じて短期化する傾向にある²⁾。また、インフォームド・コンセントの普及等により、少なくとも患者及びその家族にはかなり正確な情報が提示されるのが一般的となりつつある。
- ・どの部位のがんについても、ある程度標準治療が定着しており、医療機関側にとっても、患者側にとっても、見通しは立てやすくなっている。ただし、施術後の症状や薬の副作用にはかなりの個人差がある。また、肉体的・精神的な苦痛は、患者本人以外には理解しにくいものが相当ある。さらに、再発や転移のリスクにも備えなければならない。
- ・緩和ケア等によって症状が抑えられていれば、退院後はほぼ通常の生活が可能となるケースが非常に多い。ただ、一定期間の定期的な通院による治療・検査は不可避となる。
- ・以前と比較するならば、相当状況は改善しているものの、実際に罹患し



出典) 国立がん研究センター(注1と同じ)

図表1 年齢別がん罹患率(人口10万人あたりの罹患者数)

た者にとっては、収入減少・社会復帰の可否等への不安感は依然として大きい。事実、注6)で示したとおり、少なくない数の労働者が就労継続を断念せざるを得ない状況となっている。

このように、治療そのものは以前と比べればかなり発達してきているものの、寛解・完治にいたるプロセスや、治療の進み方、そして患者の受け止め方には、今なおかなりの個人差がある。したがって、企業側に求められるのは、両立を支援するための制度設計だけではなく、いかにして個人差に配慮することであるのかが理解できよう。

Ⅲ 政府の対策と「働き方改革」での位置づけ

政府はこれまでも、がん治療と仕事の両立を支援する政策をさまざまな形で打ち出してきた。2006年には、がん患者が安心して暮らすことのできる社会への環境整備を盛り込んだがん対策基本法が制定(2016年一部改正)され、そのもとで2007年、2012年、2017年の3期にわたって「がん対策推進基本計画」が策定・公表されてきた。さらに、2013年2月には「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」が設置され、同年8月には報告書が取りまと

められている。また、2013年からは「がん患者の就労に関する総合支援事業」、「治療と職業生活の両立等の支援対策事業」、「がん患者等に対する就職支援モデル事業」といった事業が開始され、有効な事例の収集・周知がはかられている。

このうち、第1期の推進基本計画において重点課題として挙げられているのは、医療技術の推進とこれを担う医師の育成、治療初期段階からの緩和ケアの実施、がん登録の推進という3点であり、治療そのものに焦点をあてた計画となっている。また、今後の展開としては、「国及び地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体、マスメディア等が一体となつてがん対策に取り組み・・・」(3頁)というように、就労世代を念頭に置いたものにはなっていない。

その後、2012年に策定された「第2期がん対策推進基本計画」では、重点的に取り組むべき課題のひとつとして「働く世代」へのがん対策の充実を挙げ、「働く世代ががんにより雇われ社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。」と指摘する。(5頁)そして、全体目標の一つとして「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を強調している。(6頁)ただ、そのための具体的な取り組みについては「事業者は、がん患者が働きながら治療や療養ができる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることがないように十分留意する必要がある。」(33頁)というように、やや抽象的で緩やかな表現にとどまっている。

ただ、その後の国の取り組みは2016年のがん対策基本法改正¹⁾を受けて、次第に具体的なものへと展開している。

2016年2月に厚生労働省は「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を作成している。これは、がん罹患者だけを対象にしたものではなく、脳卒中や心疾患、糖尿病、肝炎など反復・継続的な治療を必要とする疾病全般を視野に入れたものだが、注意すべき点として、

- ①病気には重症度や個人差があるため、病名だけで一概に判断できない
- ②必要な配慮が多様であり、画一的な配慮を定めることが困難
- ③仕事也多岐多様であるため、主治医は患者や職場から業務についての情報提供を受ける必要がある
- ④医学的な適性を踏まえずに就業上の判断を下した場合は、過剰配置や過少配置が生まれやすいこと。この際時間経過に伴う状況変化にも対応する必要がある

というように疾病の具体的性質に踏み込んだうえで、仕事との両立のための原則を以下のように列挙している。

- ①事故保険義務と安全配慮義務の両立
- ②本人の意向の確認とコミュニケーション
- ③医学の専門家の意見聴取と尊重
- ④役割の明確化：人事労務担当者・上司・産業保健専門職それぞれの役割について
- ⑤社内制度の枠組みの設定と遵守
- ⑥本人と職場の両者への目配り・気配り
- ⑦個人情報の取り扱いへの留意

つまり、ここでは制度面での整備だけではなく、それを有効に機能させるための当事者（企業側、患者本人、医療機関）の役割や有機的結びつきについて一定の示唆を与えている点で評価できる。また、企業ががん治療の特徴を踏まえた治療と仕事の両立支援を行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な配慮等をまとめた留意事項をガイドラインの「参考資料」として公表しているが³、ここではがん罹患者のメンタルヘルス面への配慮の必要性をも指摘している点で、さらに踏み込んだ内容となっている。ただ、このガイドラインは、本人からの申し出を端緒にすることが前提となっていることには若干の留意が必要であろう。病状やその身体への影響の度合い、仕事の継続が可能かどうかの判断は、たしかに本人の申し出が最重要ではあるが⁴、他方で、「それをつまびらかにすることが⁵、職場に迷惑をかけることになる」といった労働者心理は勘案されていない。とくに、密な人間関係を職務遂行の基本に据える職場においては、そのことが罹患者本人への圧力になる危険性

を考慮する必要もあるのではなかろうか。さらに言うならば、がん治療そのものについては、本人が病気についてある程度の自覚をしており、医師の判断も得やすいということになるだろうが、これに関連する疲労感や倦怠感に関しては、本人も十分に認識しないまま事態が悪化する可能性もある。その場合には周囲の判断が必要となるが、デリケートな問題であるがゆえに、それを支援体制にのせること自体がむずかしい、という側面がある。これらの点については、がん治療とは別途に(あるいは同時並行的に)、メンタルヘルスの問題として扱っていく必要があるだろう。

また、厚生労働省の支援事業として取りまとめられたマニュアル(2013)では、人事労務担当部署が行うべきこととして具体的に以下の点を挙げている。

- ①社内規則・規定・手順の確認、見直し
- ②緊急事態への対応・ルール化(体調が悪くなった時の対応等)
- ③休業・退職者情報の取得とプライバシーへの配慮
- ④事例発生時のがん就労者への説明事項
- ⑤人事としての就業配慮へのかかわり
- ⑥社内外の連携²⁾

2017年に策定された「第3期がん対策推進基本計画」では、こうした流れを受けて、それまでより踏み込んだ記述も見られる。例えば「がん患者等の就労を含めた社会的な問題(サバイバーシップ支援)」を重要な課題として取り上げ、企業における取組として、「『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』に基づくがん患者の働きやすい環境整備を推進するため、産業保健総合支援センター等において、経営者等に対する啓発セミナーや産業医、産業保健スタッフ、人事労務担当者等に対する専門的研修を開催する。」(61頁)というように国や医療機関等との連携を含めたやや具体的な方向性が示されている。

他方、近年では「働き方改革実現会議」の議論においても、企業文化の抜本改革として、経営トップや管理職等の意識改革や、治療と仕事の両立を可能にする社内制度の整備の推進が求められている。例えば2017年に決定された「働き方改革実行計画」においては、治療と就労の両立に関連して、両立支援コーディネーターの積極的活用を視野に入れて、次のような提言を行うとと

もに、その養成が開始されている。

- ①治療と仕事の両立に向けて、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築する。
- ②両立支援コーディネーターは、主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。
- ③両立支援コーディネーターには、医療や心理学、労働関係法令や労務管理に関する知識を身に付け、患者、主治医、会社などのコミュニケーションのハブとして機能することが期待され、こうした人材を効果的に育成・配置し、全国の病院や職場で両立支援が可能となることを目指す。

以上のように、がん罹患者に限らず、何らかの要因により就労あるいはその継続が困難である者(障害者、中高年齢者、若年者、女性、育児や介護を担う労働者、生活保護受給者、生活困窮者等)に対しては、その就労を支援する法制度が種々議論され、徐々に具体的な形で執行されてきた。その法的根拠は、憲法14条1項(法の下での平等および差別禁止)、27条1項(労働権)に求めることができるため、今後も着実な成果が上がるのが期待されるところである。データによってその事実を確かめるならば、先に紹介したがん対策推進基本計画(第2期)の中間評価報告書によると、2015年段階で、「拠点病院のがん患者のうち治療中に社会からのがんに対する偏見を感じた者の割合」は10.6%となっており、社会全体での理解が広がりつつあるとしている。とくに注目されるのは、「就労とがん治療を両立させるために勤務先から支援が得られたがん患者の割合(企業による支援体制)」が68.3%にのぼっていること、そして、「がんによる休職後の復職率」は84.5%、「がん治療のために退職した患者のうち新規就労した者の割合」は47.2%に上っている点である³⁾。しかし、先にも触れたとおり、企業による支援体制の整備や有効な運用については、企業規模や罹患者の心身の状況によって相当の開きがある。また、政府や行政が行動計画策定等の義務付けを行うことは個別企業への過剰介入にあたる恐れがあるとの指摘⁴⁾も根強い。結局のところ、政府・行政ができる支援とは、個別企業の雇用管理の方向性をシフトさせる契機をつくり、その先進事

例の認知を広めていくことにとどまるのかもしれない。すなわち、治療と仕事の両立支援を促進させるには、彼らを雇用し、あるいは、その労働力を活用している企業が自らの経営判断としてその必要性を認め、主体的・積極的に取り組みを進めようとする必要がある。そうでなければ、多大な時間やコスト、労力を要する取り組みに対して、当該罹患者以外のステークホルダーの積極的理解を得ることは難しくなると考えられるからである。

厚生労働省内に設けられたがん患者・経験者の就労支援の在り方に関する検討会報告書では、企業が支援に取り組む差に困難な問題として、以下の点を列挙している。

- ①がんに対する認識：業務上の疾病ではないため、企業責任で手厚い対応をとることが難しい。
- ②就業上の取り扱い：がん患者だけを特別扱いすることはできない。また、職場や同僚の疾病に関する理解や配慮を得るための患者自身の姿勢やコミュニケーションが不十分な場合もある。
- ③相談・情報提供：人事労務担当者による体制づくり等はまだまだ不十分である。
- ④産業保健スタッフによる相談支援体制：産業医の配置はとくに中小企業においては不十分である。また産業保健スタッフが配置されていても十分に相談機能を果たしていなかったり、配置されていない場合は相談機能を不慣れな上司・同僚等が担うことになる等、問題が多い。
- ⑤企業経営的な負担：国際競争にさらされている企業に、このような取り組みを行う余裕があるのかという問題。また、休職中も社会保険料負担は発生する等、企業としてはコスト増を念頭に置いた対策をとらざるを得ない⁵⁾。

これらのうち、例えば産業医の配置等のように行政が積極的に支援・介入することのできる項目もあるが、他方で大多数の項目は企業側の経営判断に委ねられているのである。

それでは、個別企業がこの問題に取り組もうとすることの、経営的視点、すなわち短期・長期の両面にわたる利益の確保とステークホルダーへの十分な説明という観点の根拠は、どこに求めることができるのだろうか。私見で

は、あくまで経営学および人的資源管理論のアプローチによってこの問題を整理することこそ、経営システム、雇用システムの中で、がん罹患者の治療と仕事の両立支援という施策の制度設計・整備ならびにその効果的運用につながると思われる。そこで、以下では、このような立場からいくつかの考察を試みていくこととする。

Ⅳ 経営学視点からのアプローチ

これまでのがん治療と仕事の両立に関する研究は、その多くが医療関係者や医学的視点からのものであり、残念ながら、経営学あるいは人的資源管理の視点から分析を行った研究は数少ないのが現状である¹⁾。そこで、ここでは、リテンション・マネジメント、ダイバーシティ・マネジメント、労働CSR、職務設計、企業と個人の関係という5つの論点から、治療と仕事の両立が重要な経営課題としての意味を持つことを確認するとともに、その考察の方向性を指し示していきたい。

1 リテンション・マネジメントへの注目との関連

長期的な人材定着を喫緊の課題とする今日の企業にとって、既に当該企業である程度の経験を積んでいる労働者の能力を活かすために、治療と仕事の両立を支援することによってリテンションを図ることが重要な意味を持つことは容易に想像できる。人材の確保・定着は、図表2に示されるように、人的資源管理の全体像とも大きく関わる問題なのである。

それが今注目されている最大の要因としては、少子高齢化や若年労働者の早期退職増加、そして団塊世代の大量退職に伴う「人手不足」問題等があげられる。労働政策研究・研修機構による直近の調査によると、雇用人員の過不足状況は、正規雇用で「大いに不足」「やや不足」の合計が59.7%を占めている。他方で、このことについて何らかの取り組みを行っている企業は49.2%にとどまっている。また、その具体策については、中途採用の強化(56.0%)や新卒採用強化(53.5%)が目立ち、「離職率を低下させるための雇用管理の改善」に取り組んでいる企業はわずか22.5%にすぎないのが現状である²⁾。



出所)三菱総合研究所(2018)3頁。

図表2 人材定着の仕組み

なお、労働政策研究・研修機構の2016年調査によると、人材(人手)不足が企業経営に影響を及ぼしていると回答した企業は66.3%にのぼる。そして、その内容としては「需要の増加に対応できない」(45.4%)、「技術・ノウハウの着実な伝承が困難になっている」(41.5%)、「事業運営に支障を来している(漏れやミスの発生、クレームの増加など)」(37.0%)、「募集賃金の上昇や既存人材の処遇改善、時間外労働の増大等で人件費が増加している」(36.6%)等が挙げられている³⁾。また、職場における影響としては、「時間外労働の増加や休暇取得の減少」を挙げている企業が69.8%にものぼっている⁴⁾。

平成28年度『労働経済の分析』においては、「人手不足の中で人材の離職を防ぎ、能力を引き出すマネジメント」として、労働時間の短縮化および社内コミュニケーションの円滑化に焦点をあてている⁵⁾。しかし、企業の実態としては、人材が確保できないから労働時間短縮も進まず、時間短縮が進まないからこそ魅力ある企業としての注目を浴びにくいという矛盾が浮き彫りとなっているのが現状はなからうか。

ただ、リテンションが必要とされる要因を、日本全体で起きている少子高齢化や労働力人口減少に伴う人手不足だけに求め、主として採用方針・計画の変更によって対応を図ろうとすることはやや短絡的だろう。図表3を見る

区 分	計 ²⁾	仕事の内容に興味を持てなかった	能力・個性・資格を生かせなかった	職場の人間関係が好ましくなかった	会社の将来が不安だった	給料等収入が少なかった	労働時間、休日等の労働条件が悪かった	結婚	出産・育児	介護・看護	定年・契約期間の満了	会社都合	その他の理由(出向等を含む)
平成28年 (%)													
男	100.0	5.1	4.8	7.2	8.4	12.2	9.5	0.7	0.1	1.2	16.5	5.8	26.4
19歳以下	100.0	7.3	2.8	10.3	2.2	16.8	21.6	—	—	—	6.7	0.1	29.1
20～24歳	100.0	6.8	4.4	8.0	8.6	15.1	11.8	0.1	0.1	0.1	5.9	2.1	33.9
25～29歳	100.0	7.9	6.5	5.1	7.5	19.3	16.5	1.1	0.2	0.3	6.6	3.0	24.6
30～34歳	100.0	8.5	3.3	11.1	15.7	18.2	8.7	1.6	0.1	1.4	6.1	2.1	21.4
35～39歳	100.0	4.5	7.7	8.6	14.4	7.8	12.5	0.5	0.2	0.1	7.7	5.1	29.4
40～44歳	100.0	3.6	6.4	11.0	14.9	13.7	8.1	0.5	0.1	0.2	6.1	7.5	25.6
45～49歳	100.0	3.0	5.5	5.9	8.6	15.4	9.5	0.0	0.1	3.9	4.6	9.4	31.3
50～54歳	100.0	2.5	5.5	5.8	3.8	10.6	5.7	—	—	3.2	8.0	14.1	38.7
55～59歳	100.0	7.7	7.5	9.3	2.7	5.9	5.1	—	—	2.5	9.2	7.4	39.2
60～64歳	100.0	1.3	1.2	2.8	1.5	1.2	1.9	—	—	2.1	64.5	9.4	12.2
65歳以上	100.0	0.4	1.3	2.6	0.9	3.1	4.1	3.6	—	0.3	61.6	6.2	14.5
女	100.0	4.6	5.3	12.1	4.9	9.9	12.3	2.5	1.5	1.5	13.2	5.8	23.3
19歳以下	100.0	4.2	5.7	10.9	0.0	8.8	18.1	—	0.0	0.1	13.7	1.0	31.8
20～24歳	100.0	5.6	5.5	14.5	6.7	8.5	12.6	1.6	1.5	0.1	8.5	2.5	27.6
25～29歳	100.0	6.0	4.7	9.0	9.4	12.2	13.7	7.7	1.6	0.5	6.3	4.5	23.0
30～34歳	100.0	3.8	9.0	14.4	4.0	11.9	11.6	3.3	4.5	0.4	12.2	5.4	18.5
35～39歳	100.0	3.7	4.8	12.8	2.6	9.8	12.1	3.6	4.1	2.8	11.1	6.2	25.1
40～44歳	100.0	3.5	5.1	9.9	3.3	14.7	13.8	1.7	0.5	0.5	13.4	5.6	26.3
45～49歳	100.0	5.1	5.1	13.6	4.6	8.6	13.5	0.0	0.2	1.6	10.9	9.6	24.0
50～54歳	100.0	6.2	5.3	10.9	5.2	7.3	11.3	—	—	3.1	13.2	6.2	19.3
55～59歳	100.0	4.8	4.8	17.1	2.7	5.5	7.8	—	—	3.8	13.4	11.5	24.8
60～64歳	100.0	1.6	2.2	9.2	3.8	3.8	7.3	—	—	4.8	50.5	5.0	10.9
65歳以上	100.0	2.6	3.7	11.1	0.3	2.3	3.9	—	—	7.2	38.8	8.0	20.5
平成27年 (%)													
男	100.0	7.1	5.7	6.7	7.3	10.5	10.5	0.5	0.1	0.6	15.0	7.4	26.8
女	100.0	5.7	4.9	12.2	2.7	10.0	13.8	2.8	2.0	1.1	11.5	5.8	24.6
前年差(ポイント)													
男	…	-2.0	-0.9	0.5	1.1	1.7	-1.0	0.2	0.0	0.6	1.5	-1.6	-0.4
女	…	-1.1	0.4	-0.1	2.2	-0.1	-1.5	-0.3	-0.5	0.4	1.7	0.0	-1.3

注：1) 転職入職者のうち前職雇用者で調査時在籍者についてみたものである(自営業からの転職入職者を含まない)。
2) 転職入職者が前職を辞めた理由不詳を含む。

出所)厚生労働省(2016c)

図表3 転職入職者が前職をやめた理由

と、前職を辞めた理由として最も多いのは、定年・契約満了を除くと、収入面での不満であるが、その他を見ると、仕事の内容、職場の人間関係、労働時間、会社の将来性等、性別・年齢を問わず、かなり多岐にわたる項目が挙げられていることがわかる⁶⁾。このことは、具体策としてのリテンション・マネジメントが募集・採用から配置、育成、啓発、退職に至る人的資源管理のあらゆる局面で展開されるべきであることを示している。

一般論として、リテンション対策が不調に終わった場合、以下のようなコスト増が見込まれることになる。

- ①人材流出に伴うコスト(人材流出に伴って情報や技術の流出が起きることを防ぐためのコスト)
- ②新たな人材獲得に係るコスト(採用コスト)
- ③人材育成に係るコスト(教育訓練・能力開発コスト)

これらは結局のところ、全体としての人的資源管理の連動性・一貫性が欠落することによって生じるコストである。

その他、人材定着率の低い企業は、場合によっては、「人使いの荒い企業」としてのレッテルを貼られ、社会的評価を低下させる可能性がある。また、要員補充がスムーズに行われない場合、職場に残ったメンバーの負担はより大きなものとなってしまう。そのことを忌避しての「離職の連鎖」が発生するという事態も想定されうる。こうした事態によるコスト増加も見込む必要があろう。もちろん、定着率だけでその企業の働かせ方を判断することはできないが、このようなデメリットの多さを勘案すると、リテンション対策を誤った結果が企業内外にもたらす影響の大きさは計り知れない。

これも一般論になるが、リテンション・マネジメントにどの程度の時間やコストをかけるのかは、流出が想定される人材の代替可能性と補充可能性の如何にかかってくる⁷⁾。これを基準に考えると、高業績者(ハイ・パフォーマー)や高度技術者等ほど、その必要性が高くなるのは当然のことかもしれない。だが、リテンション・マネジメントのそのものを「高業績をあげる(またはあげることが予想される)従業員が長期間その組織にとどまってその能力を発揮できるようにするためのHRM(人的資源管理)施策」⁸⁾というように定義してしまうことには若干の違和感を覚えざるを得ない。このアプローチは、

現にその企業である程度の勤務経験があり、しかもその能力が高く評価されている者を主たる対象として、その能力をより高度なレベルで活かそうとする志向を有するため、十分なケアが行われるかどうかは、当該労働者の能力や努力次第になるという側面をもっている。また、これからその企業で働きたいという希望をもつ求職者の扱いはともすれば副次的になりかねない。

ひるがえって、がん罹患者のリテンション・マネジメントを想起するとき、当然のことながら、彼らが高業績者であるとは限らない。しかし、だからといって治療と仕事の両立を目指す者の扱いを、その勤務評定や人事評価によって変更するということが、社会通念上許容されるものではないことは明らかである。それは労働者支援ではなく、単なる労働者選別策として認知されてしまうだろう。そのような運用が行われたならば、その企業は、「心身ともに十分な健康状態を保っている者以外は不要である」とのメッセージを社内外に発信したことになるってしまう。リテンション・マネジメントは、短期的視点からの費用対効果という視点だけから論じられるべきではない所以である。

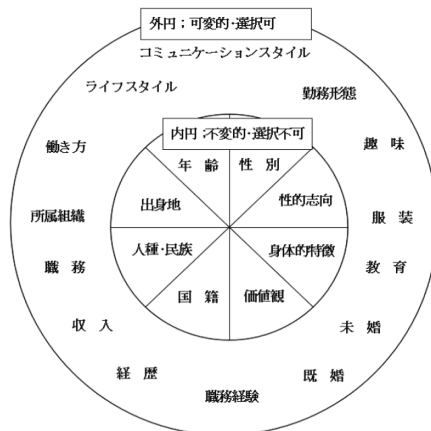
今後、がんは誰でも罹患する可能性がある病気であるとの認識がさらに広がることによって、企業にはそこで働く人すべてに適用可能な制度やその運用が求められる。そうでなければ、現在はまだ罹患していない従業員にも「自分も制度の適用対象外になってしまうのではないか」という疑念を芽生えさせるからである。ただ、そのような方向性を徹底するためには、後述する労働CSRからの分析とともに、引き留めた人材をどのように活用していくのか、組織における業務遂行の中でどのように組み込んでいくのか、という点についての考察が必要となるだろう。

2 ダイバーシティ・マネジメントと関連して

旧日経連がダイバーシティ・マネジメントを積極的に展開する姿勢をみせた報告書を発表したのは2002年にまでさかのぼる⁹⁾。同報告書では、ダイバーシティを「従来の企業内や社会におけるスタンダードにとらわれず、多様な属性(性別、年齢、国籍など)や価値・発想を取り入れることで、ビジネス環境の変化に迅速かつ柔軟に対応し、企業の成長と個人のしあわせにつなげよう

とする戦略¹⁰⁾と定義づけることによって、新たな社会環境に適応するために有効なマネジメントとして捉えようとしている。また、その展開によって生じる可能性のあるコストと、それにもかかわらず実行する場合のベネフィットは何かということについての議論の必要性和、「不確実な時代に対応するための先行投資」としての側面を強調している¹¹⁾。

この報告書は、がんをはじめとする私傷病罹患患者等を念頭においたものではない。報告書発表から15年以上が経過した現在でも、ダイバーシティ・マネジメントの領域に、治療と仕事の両立を望む労働者を含める考え方は、必ずしも一般的とは言えないかもしれない。しかし例えば図表4のようにダイバーシティを分類すると、がん罹患と治療の結果表れる諸症状は、不変的要素のひとつである身体的特徴に位置づけられる。つまり、自己の意志では容易に変えることができない要素を持つに至っても、なお仕事を継続したいと願う者を取り込んで議論することが決して強引な論理ではないということになろう。彼らの肉体的・精神的諸問題を業務遂行上のハンディキャップと捉えるのではなく、個人の特性として理解したうえで、それを前提とした「働き方」「働かせ方」を模索することは、組織にとってこれまで以上に大きな意義をもつようになってきていることが理解されるのである。



出典) 中村(2017)63頁。

図表4 ダイバーシティの分類

がん罹患者に限らず、メンタルヘルス問題も含めて、心身に何らかの不調を訴えながらも仕事を続けようとする者は多い。今やこうした者の存在を組織の多様性を実現するためのひとつの手立てと考えるべき時代ではないだろうか。また、それが柔軟な労働時間や休暇取得、職務分担等「働き方の多様性」を実現する契機となれば、現に健康を害している労働者以外への波及効果も期待できるのである¹²⁾。

ただ、ダイバーシティ推進に際しては、多様性が生み出す新たなコンフリクト発生と、それに伴うパフォーマンス低下の可能性に留意しなければならない¹³⁾。私傷病に関するダイバーシティの場合、「誰もがその当事者となる可能性を有している」という意味では、職場全体の理解は比較的得やすいかもしれない。しかしそれでも、職務遂行の仕組みが一切見直されず、当該罹患者以外の負担が結果的に増大することになれば、やはり職場の雰囲気悪化は避けられない。「なぜ彼らが特別扱いされるのか」等といった疑念に対して明確かつ丁寧な説明がなされなければ、結局のところ、ダイバーシティがポジティブな効果を発揮することは困難であると予想される。また、必要に応じて職務設計そのものの見直しが求められるであろう。

ダイバーシティは、何らかの同一の部分あるいは共有できる部分がベースとなって、初めて成立しうるものである。つまり、そこにインクルージョン(包摂)の理念が生まれることによってこそ、ダイバーシティ・マネジメントは「多様な人材を活かす戦略」¹⁴⁾という機能を発揮しうる。がんという病気を考慮した場合、既に述べたとおり、その罹患率は日本人全体で約5割にも達する。すなわち「誰でも罹患しうる病気」であり、職場の同僚に治療と仕事の両立に苦悩している者が存在することはなんら珍しいことではなくなっている。したがって、彼らと意識を共有できる部分は比較的多いはずである。ただ、病気やそれに付随する苦悩・不安感は、時として患者本人以外の想像を超えたものとなるという現実を勘案すれば、インクルージョンという理念がより大きな意味をもつことが理解されよう。

3 CSRの一環として

もともと、企業(雇用者側)には、従業員に対する安全配慮義務、すなわち

彼らの健康を確保し、安全に配慮する義務がある¹⁵⁾。しかし、上述したように、安定的な人材確保は今や社会的要請となっており、そのためには企業にはこのような法的義務を越えた取り組みを「働き手にとって魅力ある企業づくり」あるいはCSRとして展開することが求められており、個別企業が労働力不足であるかどうかの如何を問わず、その取り組みは今後ますます必須となるものと思われる。すなわち、高齢化社会において国民一人一人が豊かに暮らしてゆくには、社会保障政策の充実や個人の努力には限界があり、彼らが勤務する企業の積極的支援が不可欠となるのである。いわゆる労働CSRの展開である。この点について、厚生労働省の委員会報告は、「CSRの中でも、労働分野におけるCSRへの取組は、従業員の企業に対する満足度、信頼度を高めることにより、労働モラルを引き上げ、優秀な従業員の定着や就業意欲の向上に資するものである。また、従業員の創意工夫・能力発揮を促し、新製品・新サービスの開発、技術革新などによる労働生産性の向上につながるといった効果が期待できる」と述べている¹⁶⁾。また、矢野はCSRを「法令遵守を徹底したうえで、それぞれの企業が経営活動において自主的に社会に対する課題を考え、それに責任を持って取り組むと共に説明すること」と定義したうえで、その労働分野の展開である労働CSRの取り組み内容について、①私生活との両立が可能な環境の整備、②安心して働ける安全な環境の整備、③企業における教育、④公平な雇用・労働、⑤雇用の保障の5つに分類しているが、本論で取り上げている問題はこのうち①②④および⑤という多様な側面に関わる重要な問題としてクローズアップされる¹⁷⁾。日本国民の2人に1人ががんに罹患すると言われている現在、労働CSRに取り組むことは、当該労働者のみならず、ステークホルダー全体に対して強いメッセージを発信することにつながるのである¹⁸⁾。

一般に、がんに罹患した者の収入は、離職・転職の有無を問わず、罹患前より低下する傾向にある¹⁹⁾。したがって、労働CSRとしての治療と仕事の両立支援は、経済的支援として大きな意味を持つ。しかし、効果はそれにとどまるものではない。「果たして仕事を続けられるのか」という不安は、彼らの社会参加欲求の渴望を助長させる。就労の継続は、経済的余裕の程度とは無関係に、「社会とつながっている」という安心感を与えるという意味で、彼ら

の精神的安定に大きく寄与するものである²⁰⁾。そのことに企業が助力することは、彼らを労働力として利用する立場にある企業側にとって、大きな社会的責任と見なすことができるのである。

ただし、上記厚生労働省報告書、ISO26000などでは、最終的に労働CSRにどの程度取り組むべきなのかは各企業の自発性次第であるとのスタンスを取っている。そこに明確かつ画一的な基準を設けて認証評価したり、あるいは法改正により罰則付きの義務を定めたりするといった動きは、少なくとも現在の日本には見られない。企業を取り巻く経済環境や社会環境、各企業が従業員との間で築いてきた歴史的・文化的関係がそれぞれ異なる以上、このことはある程度やむを得ないかもしれない。では、企業の自発性を引き出すにはどのような手立てが必要なのか。この点についてはさらなる考察の必要がある。

なお、労働CSR問題に関連して、各企業が用意する各種支援制度導入状況や実施状況における正規雇用労働者と非正規雇用労働者の差別・格差問題についても指摘しておかねばならないだろう。

最近の調査結果を見ると、治療と仕事の両立制度が「ない」と答えた正規雇用労働者は40%なのに対して、非正規雇用者では約60%となっている。その結果は罹患者の離職率にも反映されており、女性の場合離職した割合は正規雇用では6%にとどまっているのに対して、非正規雇用の場合は21%と大きな差が出ている²¹⁾。

日本全体での両者の所得格差については既に多くの論者によってその実態が明らかにされてきた²²⁾。また教育訓練・能力開発の実施状況についても、正規雇用労働者と非正規雇用労働者にかなりの開きがある²³⁾。そして、治療と仕事の両立に関しても同様の傾向がみられる。例えば、労働政策研究機構調査²⁴⁾によれば、がん罹患者のうち「休職せずに退職」した割合は、正社員が3.7%であるのに対して、非正社員は20.2%にのぼる。逆に、「休職を経て通院治療しながら働き続けている」割合は、正社員が60.1%であるのに対して非正社員は43.2%にとどまっている。このように各局面での格差が重なることによって、「健康格差」という人の生命維持に直接かかわる格差を助長することにつながる危険性はきわめて高い。同一労働同一賃金に関する議論等

が政府の働き方改革の中でも取り上げられているが³、高齢化社会を迎えた日本あるいは日本企業がより優先的に取り組むべき課題は、社会保障制度の充実を含めた、「働き方支援」ではなかろうか。

非正規雇用労働者は必ずしも自発的にそのような働き方を選んだ者ばかりではない。非正規雇用比率が約40%にも達している現在、彼らが主たる生計維持者として家計を担うパターンも着実に増加している。だとすれば、非正規雇用を積極的に利用してきた企業には、格差を少しでも改善し、彼らの生活・生命を安全へと導くことに向けての努力が求められるのである。

4 「日本型」の柔軟な職務設計に関連して

罹患によって通常の勤務が不可能になる状態は、突然やってくる場合も多い。もちろん、これを予防するための日常的なヘルスケア・健康診断の奨励も重要であるが、それで十分とは言えない。であるならば、そのリスクに備えて、「万一の時の『穴』を少しでも小さくすること」が重要となる。日本の職場は、個人の職務範囲を必ずしも厳密に設定せず、チーム単位・職場単位での業務遂行を中核に据えることによって、チーム内での作業遂行を柔軟に行うという方法が取られることが多いようである。この点について、石田英夫は日本型組織と外国型組織を対比し、個人の職務範囲を限定せず、柔軟にさまざまな局面に対応できる前者をスキマ型、個人の職務範囲を明確に規定し、それを積み上げていけば組織としての職務遂行は自ずから貫徹することになるものの、いささか柔軟性に欠ける後者をレンガ型と呼んでいる²⁵⁾。すなわちスキマ型の場合、「スキマ」の部分は自身の本来の業務遂行に余裕があるメンバーが適宜対応することによって、全体の柔軟性を高めており、そのことが日本の職場の「強み」になっているとする見解である²⁶⁾。チーム・職場単位で職務遂行することは、メンバー各自のもつ暗黙知の全体での共有を促すという意味でも重要な意味を持つ。

こうした基本構造の下で展開される職務設計は欠勤や離職等によって職場に欠員が生じた場合にも有効に作用しうる。つまり、残っているメンバーがそれを穴埋めすることによって業務遂行に支障を生じさせないことがある程度可能となると思われるのである。このように考えると、突然の入院や定期

的な通院治療を余儀なくされながらも仕事を続けようとするがん罹患者にとっても、また、彼らを雇用する企業側にとっても、「日本的」とされる柔軟な職務設計構造は、比較的対応が容易なものとして理解されうる²⁷⁾。もともと治療と仕事の両立という問題を解決するにあたり、チーム・職場単位での業務遂行というシステムは親和性があると考えられるのである。

ただしこうした見通しは、働く者の意識にある程度の共通性が見られ、なおかつチーム内・職場内のコミュニケーションが十分に取れている状況において、という前提条件の上にこそ成立しうるものであろう。過去の日本企業においては、「同質化管理」を推し進めることによってこのことを可能にしてきたとするならば²⁸⁾、人材や雇用形態の多様化が進む現代企業において、それをどこまで完遂することができるのかは改めて解明の必要がある。とくに、治療と仕事の両立を目指そうとする者をこの枠組みの中でとらえようとする場合、ダイバーシティ&インクルージョンのためのコミュニケーションはより重要となる。彼らは常に通院による休暇の取得、体調不良による突然の欠勤等のリスクを抱えている。そのたびに他のメンバーがカバーすることは、予想以上に大きな負担になる可能性があり、場合によっては、それが大きな不満や軋轢を生む契機となりかねないからである。このように考察を進めると、治療と仕事の両立という問題は、しばしば指摘されてきた「メンバーシップ型雇用」²⁹⁾における無限定な働き方・働かせ方に依存した職務設計そのものの見直し議論と関連させる必要があることを示している。ただし、この議論を「メンバーシップ型雇用か、それともジョブ型雇用か」という二者択一的な議論に終始させるべきではない。無限定な働かせ方を規制することによって、労働者の過重負担を避けながら、なおかつ治療と仕事の両立の実現という課題との親和性を維持していく、という方向性が望まれる。そして上述したように、それはダイバーシティ・マネジメントの議論と重ね合わせて進めていく必要がある。

5 企業と個人の関係見直しをめぐる

企業とそこで働く従業員個人との関係について、経営学的視点からはじめて本格的に整理を行ったのはおそらくC.I.Barnardであろう。彼は組織が個人

に提供する「誘因」と個人が組織に提供する「貢献」のバランスが重要であり、「誘因」が「貢献」を上回るであろうと期待されるときに、公式組織の成立条件のひとつである貢献意欲が成立するとした³⁰⁾。しかし、「雇用する側」である企業と「雇用される側」である個々の従業員の契約関係はそもそも対等ではない。両者には賃金や労働条件等の交渉力に大きな差がある。さらに、雇用契約締結にあたって、その後の日常の業務遂行にあたって、従業員の生活水準に直接影響を与える種々の情報を、彼らは十分に有しているわけではない。すなわち、雇用契約そのものが不完備契約としての性質をもつことはいわば必然である。そこで、従業員側はH.A.Simonの指摘するところの「限定された合理性」のもとで行動することになる³¹⁾。そして、最終的に自らの勤務する企業に対してポジティブになるかネガティブになるかについては彼らの心理的状況が大きく左右することになる。この心理的要件をめぐっては、心理的契約、組織コミットメント、組織同一化等さまざまな用語によって説明されてきた³²⁾。

例えば、「当該個人と他者との間の互恵的な交換について合意された項目や条件に関する個人の信念」³³⁾と定義される「心理的契約」の議論にしがえ、多くの日本企業における企業と個人の関係は、①長期雇用保障と無限定性の交換のように企業と従業員との暗黙的で抽象的なレベルと②特定の福利厚生 の提供や人材育成の期待のような具体的かつ表層的レベルというふたつの心理的契約によって成立してきたとの整理が可能である。すなわち、深層レベルでの心理的契約である①の合意を労使双方の前提とすることによって、表層レベルでの契約である②についてはかなり柔軟な変更や契約不履行が行われても、従業員側はこれを甘受してきたと理解されるのである³⁴⁾。

他方、組織コミットメント論ではH.S.Beckerの理論を参考にすることができる。彼は個人が組織を離れるか否かの選択を、そのことによるメリットとデメリットによって決定することになると整理している³⁵⁾。その後の組織コミットメントに関する研究はBeckerの影響を受けて功利的な側面に焦点をあてたもの、個人の感情や情緒を重視するもの等に分かれていくが、長期にわたって組織に在籍し続けることをコミットメント醸成の重要な要因として注目してきたという点で、ある程度の共通理解が得られている。その意味では、

長期雇用慣行を暗黙の前提とする日本型雇用とそれを取り巻く企業や個人の分析を行う上で、有用な理論ということができる³⁶⁾。

ここに挙げた理論をベースに日本企業における雇用システムを見るならば、長期勤続を前提とする正規雇用労働者に対する企業側の扱いは、それなりに働く側にとって説得的なものとして機能してきたという一定の評価をすることはできよう³⁷⁾。ただ、そこには何らかの事情によりその枠組みから外れた個人に対するフォローがきわめて脆弱なシステムとして運用されてきたという側面を看過することはできない。例えば非正規雇用労働者に対する処遇の問題、企業側が長期雇用関係を必ずしも前提としてこなかった労働者（専門技術職、単純作業従事者、女性、外国人その他）の処遇問題などはその典型と言えるかもしれない。そして、長期勤続によって企業との関係を密に築いてきた者達にとってもこのこととは無縁ではいられない。本人に何の落ち度もないにもかかわらず、それまでの企業との関係を揺るがすような事象が発生し、企業側がそのフォローを十分にしてくれないと彼らが認知した時、心理的契約論で言うところの「契約不履行」の状態に陥り、「裏切られた」との感情が芽生えることは想像に難くない。H. Zhaoらによれば、契約不履行とは本来履行されるべき契約が実際には履行されない状態であり、従業員にとっては、怒りや恐れといった感情をとまなう、きわめてネガティブなものとして経験される。そして、このような感情に支配された個人は、仕事において接したり、注目したりする情報、また組織から発せられる種々の情報を、ネガティブな観点から解釈するようになるため、組織の悪い面ばかりが目につくようになる。その結果、組織に対する従業員の行動・態度がますますネガティブなものとなっていくという。つまり、契約不履行は、個人にとって望ましい状態と現実とが乖離する出来事として経験され、それが負の感情の生起を介して、ネガティブな態度や行動を導くというのである³⁸⁾。そして、このような感情は、それまでの心理的契約が良好に果たされてきたと感じているほど、大きくなる可能性が高い。

もちろん、契約関係の心理的バランスを崩した原因のいくらかが自らにもあると考えた従業員側が自らその修復・再構築に向けて努力しようとするパターンもあるだろう。多少の犠牲（我慢）を払ってでも組織に留まり続けるこ

とに意味を見出すことができれば、そのように行動することには一定の合理性が存在する。しかし、不履行の原因が自身にはまったく思い当たらない場合、自身の能力や努力だけでは解決不可能と感じた場合は、組織へのマイナス心理のみがクローズアップされてしまうことになる。さらに、こうした個人の心情的変化は、周囲の組織メンバーにも波及し、ひいては組織そのものの社会的信用を失わせる要因ともなりえる。

治療と仕事の両立支援は、ここまで述べてきたように、現代企業において広く社会的要請として捉えられるべき課題である。もともと企業のサポート体制が弱い非正規雇用労働者等はもちろん、つい最近まで企業と良好な心理的契約関係を継続していると信じていた正規雇用労働者にとっても、仕事を継続したいという希望が強ければ強いほど、企業のサポートを切望するのは当然のことであり、逆に、それがかなえられない場合は大きなマイナス心理が働く³⁹⁾。もともと、がん罹患によって、個人の心理は不安定になりやすいという事情をも加味すると、この側面からのアプローチがいかに重要であるかが理解できよう。

V 考えるべき方向性

以上述べてきた諸観点は、理論的にも実践的にも相互補完関係にある。そして、企業側でも、一般的な認識として、この問題に取り組むべきであるとする考え方は広まりつつある¹⁾。そして、そのための制度整備を進めることによって注目を集めている企業も決して少ないわけではない²⁾。しかし、がん罹患に際して職場の対応が「特になにもなかった」とする回答が約半数にのぼっているというデータ³⁾もあり、罹患者側からみたとき、企業や職場の対応は十分とは言えない状況にある。

では、治療と仕事の両立促進を阻む要因は何であろうか。ここまでの検討をもとに、いくつか列挙しておこう。

- ①当該罹患者の職務従事の不安定性への懸念、また、パフォーマンス低下への懸念
- ②他の従業員と比べての処遇の公平性の確保に相当の工夫が必要とされる

こと

- ③キャリア形成上の位置づけが難しくなること
- ④安全配慮義務遂行への忌避観
- ⑤個人情報保護の壁等による、企業・患者(家族)・医療機関の連携の難しさ

このうち相当のものはがんという病気や罹患者個人への無理解に端を発する。まずはこのことを解決の糸口とする必要がある。

人的資源管理を募集・採用から配置・能力開発・処遇を経て退職に至るまでの一貫した流れとして捉えるならば、上記した各要因は、その流れを阻害するボトルネックとなってしまう。これに労働CSR等に見られるような外部圧力要因が付加されることによって、当該企業で働く労働者の健康状態に配慮した管理は、その労働者の雇用形態や保有能力、勤続期間の長短等にかわりなく、不可欠なものとして位置づけられるべきとの見解が正当性を増すことになる。なお、処遇や制度適用の公平性が保たれないと、職場内での罹患者間、あるいは罹患者と未罹患者の間での不満・対立は増大する可能性もあるため、制度設計やその運用にあたっては、十分な説明とコミュニケーションが必要となるだろう。

他方、がん罹患者自身も自らの能力を高め、企業の求める能力との適合をはかっていく努力が必要であるとの指摘にも耳を傾けなくてはならない⁴⁾。また、主治医や看護師に対しては、自分自身の従来の職務内容を伝えつつ、これから受ける治療が従来の職務内容にどのような影響をもたらすのか十分に理解したうえで職場との話し合いの場に参加する、といった「能動的な姿勢」⁵⁾も強く求められる。罹患者としての苦悩や体調を正しく伝えられるのは患者本人である以上、彼らの姿勢が受動的であれば、支援が進まないのは当然である。労働政策研究・研修機構の調査結果を見ても、罹患時に所属長や上司に相談した者は71.7%にのぼるものの、同僚への相談は41.5%、人事労務担当者への相談は16.3%に限られている⁶⁾。このような状況では企業側からの十分な支援を受けることはもちろん、復職後に職務を円滑に遂行していくことにも支障をきたすであろう。両立支援を行っていく際には、当事者(企業側、直属の上司等、患者本人、医療機関関係者)の密接なコミュニケーションが不

可欠な基盤となることは確認しておかねばならない。

終わりに

今後ますます進行するであろう人材の多様化を前提とすると、管理の「個別化」と雇用契約内容および実際の働き方、働かせ方の「明確化」、「柔軟性追求」は人的資源管理の円滑な遂行上必然的な方向となろう。雇用契約を維持するうえでの種々の制約は固定的ではなく、常に柔軟性をもって対応する必要がある。ただし、多様化が進めば進むほど、その合意形成や維持にかかるコストは高くなる。逆に言えば、それこそが現代企業組織を維持するためのコストなのである。がん罹患者の処遇や制度適用に関しても、繰り返して述べてきたように、その病状等にはかなりの個人差があるため、このことはあてはまるだろう。

ただし、これは集団的労使関係が意味をなくすということではない。利用されるべき制度の整備・充実やその運用実態の改善にあたっては、交渉力の脆弱な個人にその任を負わせることには相当な無理が生じる。労働組合等による交渉事項・内容を、賃金や労働条件等これまで扱ってきたものだけでなく、本論で扱ってきたような問題へと幅を広げ、雇用側にその対応を迫ることによって、個人としてのがん罹患者をサポートしていくことが必要となる。また、明確化されるべき契約とはどのようなものなのか、それをチェックし、企業側の独断専行になることを防がなくてはならない。と同時に、それが選別主義の助長につながらないようにしなければならない。

本論での検討を踏まえて、実際に企業はどのような両立支援施策を実施しているのか、そしてそこから見えてくる課題とは何なのかを探るのが、筆者に課せられた次の課題となる。その際、とくにがん罹患者の仕事継続や雇用に関する経験が少ないと思われる中小企業や元来各種施策の恩恵を受けにくく、「健康格差」の犠牲となりやすい非正規雇用労働者に注目すべきであろう¹⁾。

注

第Ⅰ章

- 1) 国立がんセンター研究所による2014年データに基づく統計。
(https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html) (2018年10月27日閲覧)
- 2) がん対策推進企業アクション事務局(2015)。なお、この調査では大企業ほど罹患者がいたとする企業の割合が大きくなっているが³、これは中小企業のほうがこの問題への取り組みが³十分ではなく、実態を把握しきれていないことを表しているものと考えられる。
- 3) 注1と同じ。
- 4) 例えば、甲状腺がんは男女とも約90%であるのに対して、膵臓がんはわずか8%弱である。このような大きな差異にも着目しておく必要がある。Endo. *et al.* (2016)によると、罹患後1年後のフルタイムでの復職率は全体で62.3%だが³、例えば、胃がんでは78.8%に達するのに対して、肺がんは34.3%にとどまっている。このような差異を企業側が正しく認識したうえで種々の措置を講じる必要がある。
- 5) 内閣府(2017)。
- 6) 山口他(2013)。他方、労働政策研究・研修機構(2018a)では、退職率は20.6%(うち会社側からの退職勧奨による退職1.6%、解雇1.7%)と若干低い結果が出ている。だが、いずれにせよ4人から5人に一人が退職しており、しかも、純粹の自己都合退職ではなく、会社側の都合や方針等によるものがある程度含まれていることは重視されなければならない。
- 7) この点については、西田他(2016)など複数の報告がある。
- 8) 東京都福祉保健局(2013)77頁。
- 9) みずほ情報総研(2013)。
- 10) 桜井(2015)。
- 11) 坂本・高橋(2017)14頁。
- 12) Endo *et al.* (2016) . およびEndo *et al.* (2018) .

第Ⅱ章

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティングの調査によると、罹患時の年齢が40歳代以下であった割合は、男性が44.7%なのに対して、女性は77.6%にものぼっている。
- 2) 厚生労働省(2014)によると、がん(悪性新生物)疾病による平均入院日数は、1996年に46.0日であったのが³、2014年には19.9日にまで短縮している。

第Ⅲ章

- 1) この改正により、企業にはがん患者の雇用の継続等に配慮するとともに、がん対策に協力するよう努力することが求められることとなった。(第8条)つまり、その責務についてこれまでより明確な表現が用いられたのである。

- 2) 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班 (2013) 49-90頁。
- 3) 厚生労働省・がん対策推進協議会 (2015) 46-48頁。
- 4) 例えば石田 (2016) を参照のこと。
- 5) 厚生労働省「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」(2013) 7 - 9 頁。

第Ⅳ章

- 1) 池田 (2018) 12頁。
- 2) 労働政策研究・研修機構 (2018c) 4 頁。
- 3) 労働政策研究・研修機構」(2016) 10頁。
- 4) 同上, 11頁。
- 5) 厚生労働省 (2016b) 171-176頁。
- 6) なお, 山本 (2016) では, リテンション・マネジメントにおける賃金問題とは量的な問題ではなく, 質的な問題, すなわち納得性の有無の問題であるとしている。
- 7) 山本 (2016)。
- 8) 山本 (2007)。
- 9) 日経連ダイバーシティ・ワークルール研究会 (2002)。
- 10) 同上, 5頁。
- 11) 同上, 18-19頁。
- 12) 例えば佐藤・武石 (2017) では, ダイバーシティ・マネジメントの具体例として, 「仕事と介護・療養との両立」と取り上げている。また, 東京都社会保険労務士会 (2015) では, 第4章において長期療養者の治療と仕事の両立について触れ, 「様々な事情を抱える従業員が『この会社で仕事をしていて良かった』と思い, 働き続けられる職場は, 今はそうした事情を抱えていない従業員にとっても安心感・働きやすさにつながり, ひいては企業の競争力強化につながっていくことでしょう。」と指摘している。(129頁)
- 13) 谷口 (2005) 99頁。
- 14) 日経連ダイバーシティ・ワークルール研究会 (2002) 3 頁。(傍点筆者)
- 15) 労働契約法第5条では, 「使用者は, 労働契約に伴い, 労働者がその生命, 身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう必要な配慮をするものとする。」と定められている。また, 労働安全衛生法第3条第1項では「労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく, 快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。」、同59条では「労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるよう努めなければならない。」、同65条の3では「労働者の健康に配慮して, 労働者の従事する作業を適切に管理するように努めなければならない。」というように, 安全配慮義務に関する法的規定が行われている。ただ,

これらの条文は主として職務遂行上の安全配慮を念頭に置いたものである。

- 16) 厚生労働省(2008) 3 頁。
- 17) 矢野良太(2016) 4 頁。
- 18) 他方、「責任」という観点からこの問題を考察する時は、国際標準化機構の社会的責任規格であるISO26000の指摘が参考になる。ここでは、「人権」や「労働慣行」を中核課題と位置づけ、あらゆる企業がそれらに関する行動を積極的に起こすことを期待している。
その内容の詳細については、澤田(2013)を参照されたい。
- 19) 東京都福祉保健局(2013)によると、罹患前後で収入が減ったとする回答は全体の56.8%となっている。
- 20) 国立がん研究センターがん対策情報では、そのホームページにある「がんになったら手に入るガイド」の中で、「社会とのつながりを保つ」ことの重要性を訴え、それへの備えを勧めている。
(<https://ganjoho.jp/hikkei/chapter2-1/02-01-02.html> 2018年11月15日閲覧)
- 21) 内閣府(2018)37頁。
- 22) がんに罹患した場合の所得減少についても正規雇用労働者と非正規雇用労働者では相当の格差があるようである。ライフネット生命調査(2017)によれば、がん罹患者の平均収入は約2割減であるが、非正規雇用の中でも処遇面での不安定さが際立つ派遣労働者の場合は平均約4割の減となっている。
- 23) 澤田・谷本・橋場・山本(2016)第5章を参照されたい。
- 24) 労働政策研究・研修機構(2013)。
- 25) 石田英夫(1986)。
- 26) もちろん、「外国」における組織がすべてレンガ型構造をもっているわけではない。大藪(2010)は、はじめてスキマの存在に注目し、マネジメントの内在的問題として触れたのは、C.I.Barnardの公式組織論である、と指摘している。
- 27) 上記大藪論文では、バーナードやボランニーらの見解をもとに、そもそも「組織の機能を個人へ職務として『配分し尽くす』ことは不可能である」と結論づけている。つまり、どのような組織形態、職務設計を行おうとも、「スキマ」の問題はついて回る、ということであろう。(46頁)
- 28) 澤田・谷本・橋場・山本(2016)第4章。
- 29) 濱口(2011)。濱口はメンバーシップ型雇用こそがブラック企業問題の根源であるとの指摘を行っている。たしかに、それが無限定な働かせ方を助長しているとするならば、概ね当を得た指摘であろう。
- 30) Barnard,C.I.(1968)。
- 31) Simon,H.A.(1997)。
- 32) 服部(2016)。
- 33) Rousseau, D. M. (1989)p.123.

- 34) 守島(2006)。
- 35) Becker, H.S.(1960)。
- 36) 例えば田尾(1997), 鈴木(2007)等も参照のこと。
- 37) もちろん, それが「企業への忠誠心」を醸成させ, 場合によっては「働かせ過ぎ」による過労死や健康状態の悪化の要因となってきたという負の側面があることは言うまでもない。ただ, この点は本論の焦点ではないのでここでは割愛する。
- 38) Zhao, H. *et. al.* (2007)。
- 39) 林(2016)では, 主に女性正規雇用労働者の育児と仕事の両立(およびその支援)をめぐる心理的契約違反について, 検討している。

第V章

- 1) 東京都福祉保健局(2014)によると, 調査に回答した1006法人のうち86.0%が両立可能な職場づくりの必要性を感じている。(33頁)
- 2) 例えば, 東京都では, 2015年から2017年まで, 「がん患者の治療と仕事の両立への優良な取組を行う企業表彰」という事業を展開し, 合計28社を表彰している。
- 3) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016)55頁。
- 4) 田中(2014)。田中は, 職場の理解を得るために, 自分のパフォーマンスを上げる, お互いさまという意識, 保護や配慮のルール化が肝要であると指摘している。
- 5) 坂本・高橋(2017)15頁。
- 6) 労働政策研究・研修機構(2018a)。

終わりに

- 1) 櫻井他(2016)でも, 「がんと就労の問題は, (主として中小企業と非正規雇用の問題)と指摘し, その対策の困難さ, 意識浸透度合いの低さを問題視している。

【参考文献】

- 池田玲子(2018)「仕事と治療の両立支援に関する文献調査(1)がん治療を対象に」『羽衣国際大学現代社会学部研究紀要』7, 11-30頁。
- 石田信平(2016)「就労支援立法の展開とその正当性」『日本労働研究雑誌』671, 4-16頁。
- 石田英夫(1986)『日本企業の国際人事管理』日本労働協会。
- 大藪 毅(2010)「柔軟貸借的働き方と人材マネジメント: 日本的HRMへの含意」『組織科学』44(2), 44-60頁。
- がん対策推進企業アクション事務局(2015)『企業におけるがん検診の実施状況およびがん患者の就労支援の実態調査結果報告』。
- 厚生労働省(2014)『平成26年患者調査』。
- 厚生労働省(2016a)『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』。

厚生労働省 (2016b)『平成28年度労働経済の分析』。

厚生労働省 (2016c)『平成28年度雇用動向調査結果』。

厚生労働省「労働におけるCSR推進研究会」(2008)「労働におけるCSR推進研究会報告書」。

厚生労働省「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」(2013)『がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書：「らしく働く」～仕事と治療の調和に向けて～』。

厚生労働省・がん対策推進協議会 (2015)『がん対策推進計画 (第2期) 中間評価報告』。

坂本はと恵・高橋 都 (2017)「がん治療を受けながら働く人々が抱える問題とその支援」『日本労働研究雑誌』682, 13-24頁。

桜井なおみ (2015)「がん」に罹患した社員の就労支援 第1回 「がん」と就労の現況を知る」『労務事情』1288, 68-71頁。

桜井なおみ他 (2016)「がん患者の就労を含めた社会的な問題に関する意見書」(厚生労働大臣宛て)。

佐藤博樹・武石恵美子 (2017)『ダイバーシティ経営と人材活用: 多様な働き方を支援する企業の取り組み』東京大学出版会。

澤田 幹 (2013)「非正規雇用労働者のキャリア開発支援と労働CSR」『金沢大学経済論集』33(2), 121-150頁。

澤田 幹・谷本 啓・橋場俊展・山本大造 (2016)『ヒト・仕事・職場のマネジメント：人的資源管理の理論と展開』ミネルヴァ書房。

鈴木竜太 (2007)『自立する組織人：組織コミットメントとキャリア論からの展望』社会経済生産性本部。

田尾雅夫編 (1997)『「会社人間」の研究：組織コミットメントの理論と実際』京都大学学術出版会。

田中 完 (2014)「働くがん患者の『QOL』を高める」『労働の科学』69(6), 2-25頁。

谷口真美 (2005)『ダイバーシティ・マネジメント：多様性をいかに組織』白桃書房。

東京都社会保険労務士会 (2015)『ダイバーシティマネジメントの実践』労働新聞社。

東京都福祉保健局 (2013)『がん患者の就労等に関する実態調査報告書』。

内閣府 (2017)『がん対策に関する世論調査』。

内閣府 (2018)『2017年度男女共同参画白書』。

中村 豊 (2017)「ダイバーシティ & インクルージョンの基本概念・歴史的変遷および意義」『高千穂論集』52(1), 53-82頁。

日経連ダイバーシティ・ワークルール研究会 (2002)『原点回帰：ダイバーシティ・マネジメントの方向性』日本経営者団体連盟。

西田俊朗他 (2016)「がん患者の仕事と治療の両立に関する調査研究」厚生労働省がん対策推進総合研究事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究－病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から」班。

「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班 (2013)

『「がん就労者」支援マニュアル』。

服部泰宏(2016)「人材管理の基底としての個人－組織関係－欧米における研究の系譜と日本型マネジメントへの示唆」『横浜経営研究』37(1), 86-109頁。

濱口圭一郎(2011)『日本の雇用と労働法』日本経済新聞社。

みずほ情報総研(2013)『「治療と職業生活の両立等の支援手法の開発一式」事業実施報告書』(厚生労働省委託事業)。

三菱総合研究所(2018)『人材確保に「効く」事例集』(厚生労働省委託事業)。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016)『がん治療と仕事の両立に関する調査報告書』。

守島基博(2006)「ホワイトカラー人材のマネジメントの進化;はたして、成果主義は長期雇用と適切なシステムなのか」伊丹・藤本・岡崎・伊藤・沼上編『リーディングス日本の企業システム第Ⅱ期第4巻 組織能力・知識・人材』有斐閣。

矢野良太(2016)「人的資源管理に労働CSRを統合する方法の考察:コーポレート・レピュテーションの醸成に着目して」『日本労務学会誌』17(1), 4-18頁。

山口健他(2013)「がんと向き合った4,054人の声」『「がんの社会学」に関する研究グループがん体験者の悩みや不安等に関する実態調査報告書』。

山本 寛(2007)「戦略的人的資源管理における従業員のリテンション・マネジメント」『青山経営論集』42(1), 139-155頁。

山本 寛(2009)『人材定着のマネジメント:経営組織のリテンション研究』中央経済社。

山本 寛(2016)「人手不足に対応する事後の人的資源管理」『日本労働研究雑誌』673, 17-25頁。

ライフネット生命(2017)「がん経験者572名へのアンケート調査」。

林 有珍(2016)「違反された心理的契約から新しい雇用関係は生まれるか」『山梨学院大学現代ビジネス研究』9, 21-36頁。

労働政策研究・研修機構(2013)『メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査』(調査シリーズ112)。

労働政策研究・研修機構(2016)『「人材(人手)不足の現状等に関する調査」(企業調査)結果及び「働き方のあり方等に関する調査」(労働者調査)結果』(調査シリーズ162)。

労働政策研究・研修機構(2018a)『病気の治療と仕事の両立に関する実態調査(WEB患者調査)』。

労働政策研究・研修機構(2018b)『病気の治療と仕事の両立に関する実態調査(企業調査)』。

労働政策研究・研修機構(2018c)『多様な働き方の進展と人材マネジメントの在り方に関する調査(企業調査・労働者調査)』。

「がん対策推進基本計画」(第1期)(2007)。

「がん対策推進基本計画」(第2期)(2012)。

「がん対策推進基本計画」(第3期)(2017)。

Barnard, C. I. (1968) *The Functions of the Executive*, Harvard University Press. (山本安次郎・田

杉競・飯野春樹訳『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社。)

Becker, H.S. “Note on the Concept of Commitment,” *American Journal of Sociology*, 66, pp.32-40.

Endo, M. *et al.* (2016) “Returning to Work after Sick Leave due to Cancer: a 365-day Cohort Study of Japanese Cancer Survivors”, *Journal of Cancer Survivor.*, 10, pp.320-329.

Endo, M. *et al.* (2018) “Work Sustainability among Male Cancer Survivors after Returning to Work,” *Journal of Epidemiology*, 28(2), pp.88-93.

Rousseau, D. M. (1989). “Psychological and Implied Contracts in Organization”, *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2, pp.121-139.

Simon, H.A. (1997) *Administrative Behavior*, 4th ed., Free Press. (二村敏子, 桑田耕太郎他訳『経営行動 (新版)』ダイヤモンド社。)

Zhao, H. *et al.* (2007) “The Impact of Psychological Contract Breach on Worker-related Outcomes : A Meta-analysis”, *Personnel Psychology*, 60(3), pp.647-680.

※本稿は、日本学術振興会科研費基盤研究(c)18K01750(研究課題名：グローバル人材獲得競争下における人材定着マネジメントの研究)による研究成果の一部です。